



18ª Conferenza internazionale sulla riduzione del danno correlato all'uso di droghe
dalla conferenza: Stefano Carboni per Lega Italiana per Lotta Contro L'AIDS
s.carboni@lila.it - www.lila.it

Domenica 13 maggio

La XVIII Conferenza internazionale sulla riduzione del danno correlato all'uso di droghe si è oggi aperta a Varsavia, Polonia. La platea è impressionante non tanto per numeri, si attendono circa 2.000 delegati, ma per **varietà di Stati di provenienza**. Insieme a discutere di rdd c'è la **vecchia Europa** rappresentata da delegati francesi, tedeschi, spagnoli, inglesi, olandesi, belgi, norvegesi, danesi, italiani (solamente LILA è presente a per l'Italia). Non mancano i **delegati dell'Est Europa**: ungheresi, macedoni, lettone, kazaky, lituani, russi, serbi, bosniaci. Presente in massa **l'America del Nord** (Stati Uniti, Canada) e **l'America latina** (Brasile in special modo). La sorpresa maggiore viene dai **delegati asiatici**, molti e rappresentanti delle più disparate zone (Indonesia, Thailandia, Nepal, Corea del Nord e del Sud, Giappone), e da quelli **mediorientali** (iraniani, un'importante delegazione di donne provenienti dall'Afghanistan e dell'Arabia Saudita). Non manca, infine, **l'Africa** con rappresentanti nigeriani, camerunesi e sudafricani.

Un panorama variegato che rappresenta la comunità scientifica, i servizi sanitari e i governi; vi sono leader politici polacchi, ma anche tanti consumatori o rappresentanti di drug users e le associazioni che le rappresentano.

Il gruppo organizzatore, **l'IHRA (International Harm Reduction Association)**, con il suo presidente Gerry Stimson apre la Conferenza sottolineando il lavoro svolto in tema di riduzione del danno negli ultimi vent'anni. Riconosce una platea tra le più varie mai viste alla Conferenza e soprattutto plaude alla presenza di tanti consumatori coscienti e gruppi di advocacy, la cui collaborazione dichiara essere fondamentale per uno sviluppo corretto di intervento sanitario e sociale.

Lo scopo della Conferenza è quello di permettere uno scambio di esperienze e di conoscenza del fenomeno rdd nel mondo, nella sua più ampia accezione del termine. I delegati **potranno confrontarsi sugli sviluppi avuti fino ad oggi, esamineranno i risultati ottenuti nella lotta all'Hiv e all'Hcv e nel contrasto al consumo di droghe e cercheranno di individuare le linee guida su cui lavorare in futuro.**

Il programma è ricco e prevede oltre 2000 presentazioni, una quantità infinita di poster su cui potere discutere e confrontarsi con gli estensori degli stessi, un film festival composto quasi unicamente da prodotti di prevenzione realizzati in programmi nazionali e regionali di rdd e numerose plenarie in cui affrontare i macrotemi della giornata di lavoro.

I temi principali della conferenza sono:

- rdd e i programmi in carcere
- gruppi di advocacy
- giovani e rdd
- rdd e Hiv/Aids
- rdd: passato, presente e futuro.

Dopo i saluti delle autorità, si passa a due momenti forti di confronto.

Il primo incontro è condotto da Andrezej Rys (UE Commission), Helen Evans (Global Found) e Prasada Rao (UNAIDS). L'argomento base della discussione riguarda, ovviamente la **rdd e l'Hiv/Aids**. I

dati sono allarmanti: per 10 stati che praticano interventi di rdd ne esistono 20 che non solo non applicano la rdd ma mantengono attiva una legislazione che prevede la pena di morte per i consumatori di droga. Positiva, invece, è la risoluzione della Cina che ha inserito la rdd tra gli interventi governativi realizzabili. Da qui a verificare l'apertura di un servizio di rdd forse passerà ancora del tempo ma almeno la prima pietra è stata posta.

Rispetto all'accesso al trattamento sostitutivo (metadone, buprenorfina o quant'altro) la situazione è ancora difficile: molti sono gli stati che non inseriscono questa metodologia come salvavita, quindi in alcuni casi per accedervi è necessario pagare personalmente la prestazione, in altri non viene somministrato del tutto.

Il secondo momento di confronto riguarda la rdd nel passato, presente e futuro ed è condotto da Larry Campbell (responsabile della Polizia britannica), Pat O'Hare (coordinatrice del gruppo International Youth and Harm reduction Initiative) e Caitlin Padget (responsabile del programma di rdd Australiano).

L'argomento sviluppato riguarda la **rdd come strumento fondamentale per contrastare la pandemia dell'Hiv/Aids tra i consumatori di droga**. I relatori concordano che uno dei fattori fondamentali per rilanciare la rdd nei paesi in cui si sta affievolendo l'impegno in questo campo è la professionalità degli operatori e i posti di lavoro che lo strumento genera. Paradossalmente i risultati scientifici possono essere falsati da "ricerche spazzatura", questo il termine usato da Padget, che possono confutare i grandi risultati ottenuti con la rdd, ma i lavoratori impiegati sono numeri importanti che fanno riflettere qualsiasi Governo prima di interrompere servizi come i centri a bassa soglia o le strutture scambia siringhe.

Altro punto importante è la **necessità di sperimentare nuove metodologie e tipologie di interventi**: solo grazie all'ampliamento dei servizi offerti si può sperare di raggiungere un mondo frastagliato e variegato come quello dei consumatori di sostanze di oggi.

Toccante la chiusura della giornata di lavoro affidata a un consumatore nepalese che ha raccontato l'esperienza dei drug users nel suo paese, dichiarando per concludere il suo intervento "io, che ho conosciuto la rdd da poco (sono pochissimi anni che in Nepal si sono attivati programmi di rdd), la ritengo non una possibilità ma un dovere per chi crede nelle persone".

Lunedì 14 maggio

La 2° giornata della conferenza si apre con la plenaria dal titolo "Rdd in prigione". Tema principale di tutte le relazioni è il contrasto del contagio da Hiv tra i consumatori di droga all'interno del carcere.

Apri i lavori **Vivien Stern ("Harm reduction in prisons")** che critica fortemente quei Governi che, spendendo ingenti risorse, aumentano il danno dei consumatori di sostanze incarcerandoli - soprattutto per modiche quantità di droga posseduta - e li allontanano dai Servizi di trattamento e riabilitazione esistenti all'esterno del circuito penitenziario.

La denuncia prosegue **sull'invivibilità delle carceri e sulle tante, troppe morti sospette di detenuti**. Cita dati impressionanti di persone incarcerate decedute per "cause accidentali": addirittura tre al giorno in alcune carceri indonesiane o indiane o iraniane, strutture in cui la tortura è attiva e che spesso viene attuata sui consumatori di sostanze. Un ulteriore dato sconcertante riguarda le carceri indonesiane in cui il 70% dei detenuti è affetto da Hiv/Adis, ma non esistono trattamenti e né procedimenti alternativi al carcere.

Esempio positivo è invece il sistema penitenziario scozzese che ha abolito i test antidroga dedicando l'intero capitolo di spesa all'assunzione di psicologi ed educatori per il sostegno psicologico dei detenuti e per la realizzazione di procedimenti riabilitativi.

Da una sollecitazione della platea viene toccato anche il problema **"alcol e carcere"** con dati preoccupanti di alcoldipendenza sviluppata proprio durante la detenzione e di aumento dei casi di violenza personale all'interno del circuito penitenziario sotto effetto di alcol.

Prosegue il dibattito **Hernan Reyes ("Evidence for action: A review of harm reduction interventions in prison settings")**, membro della Croce rossa internazionale, che porta un contributo estremamente interessante presentando un **progetto di distribuzione a pioggia di condom nelle carceri** maschili dove è molto diffuso il MSM (men sex with men) con un elevato numero di contagi da Hiv. Là dove i preservativi sono stati distribuiti, il numero dei contagi si è drasticamente ridotto.

Il programma prevede il coinvolgimento di partner pubblici e privati che collaborano attraverso percorsi di formazione e di sensibilizzazione per i detenuti e per la polizia carceraria, con la realizzazione di materiale e la formazione di peer educator e attività dirette nel carcere.

Chiude la plenaria **Hannette Verster ("Evidence for action: A review of harm reduction interventions in prison settings")**, molto conosciuta in Italia per aver collaborato a lungo con ITACA, che segnala il progetto di **scambio di siringhe in carcere** concretizzato in Svizzera e in altri paesi (tra cui Spagna, Malaysia e Indonesia) come programma-pilota. La sua realizzazione è estremamente interessante: la polizia penitenziaria è stata adeguatamente formata e la modalità scelta è semplice. Le persone detenute tossicodipendenti possono accedere a una zona riservata in cui trovano siringhe pulite e materiale sterile con cui consumare droga, non viene chiesta la provenienza della sostanza e le forze dell'ordine sono adette al controllo di eventuali overdose e allo scambio delle siringhe.

I risultati sono rilevanti: dopo due anni di attuazione in 38 penitenziari, in una sola struttura è stato registrato un caso di contagio da HCV correlato all'uso di droga, nessuno per quanto riguarda l'HIV. In parallelo è stato attivato un programma di trattamento con sostanze sostitutive che ha portato all'inserimento di decine di detenuti nel programma stesso.

Sessione "Riduzione del danno e alcol"

Marjana Martinic, del Comitato internazionale di prevenzione e rdd collegate al consumo di alcol ("Drinking in context: The need for targeted interventions"), sviluppa l'argomento sui differenti livelli (individuale, strutturale, coinvolgimento della comunità) necessari per ottenere risultati e prosegue analizzando per ogni livello gli in- e gli outcome, i rischi e gli obiettivi possibili.

Molto importante è il target a cui ci si vuole rivolgere. Secondo l'analisi dell'UE i gruppi target sono: gruppi a rischio con particolare attenzione per i giovani e per le donne incinta, i consumatori problematici con particolare attenzione per coloro che necessitano di un inserimento in trattamento farmacologico con estrema urgenza. Da non sottovalutare, infine, il target dei fornitori di alcol (baristi, proprietari di locali, pub, ecc.).

Jack Law, coordinatore del Programma di rdd e alcol del governo scozzese ("Serves training: The experience of Alcohol Focus"), segnala l'aumento della promozione della party atmosphere, il trend di acquisto di alcolici per consumarli in casa, e il conseguente abbattimento dei prezzi degli alcolici.

I dati rivelano che in Scozia 1/5 dei crimini è perpetrato all'esterno dei locali e ha come causa scatenante lo stato di ebbrezza delle persone coinvolte, così come il 50% degli omicidi hanno come protagonista attivo una persona con un tasso alcolico elevato. Infine, i casi di decesso alcol-correlati sono passati in 15 anni da 1:500 a 1:30.

Il governo scozzese ha quindi deciso di intervenire aprendo un **programma di formazione, sensibilizzazione e responsabilizzazione diretto a due target specifici: le autoscuole e i locali pubblici**. Alle autoscuole è stato imposto per legge di riservare una parte cospicua del corso obbligatorio per ottenere il permesso di guida alla trattazione di argomenti come la sicurezza stradale, gli effetti dell'alcol alla guida, ecc. Ai barman, titolari di locali notturni, proprietari di pub è stato riservato un programma di regolamentazione stretta degli orari di apertura, di responsabilizzazione nella somministrazione di sostanze alcoliche a persone in evidente stato di alterazione, e in parallelo una formazione molto particolareggiata sulla somministrazione di bevande leggere (soft drinks), sul rapporto con i clienti, ecc.

Il programma, partito in via sperimentale con 343 persone coinvolte nel 2000, vede oggi 3453 partecipanti e ha dato luogo a una nuova legislazione in tema di problematiche alcol/guida e a un protocollo di intesa tra governo e industrie di produzione di bevande alcoliche. Queste ultime si sono impegnate a collaborare con il programma di rdd finanziando anche il progetto.

David Silcock, responsabile del Programma internazionale alcool e guida ("Good practice in reducing drinking and driving: Lessons for developing countries"), spiega dati sconcertanti di decessi per problematiche alcol-correlate sottolineando come un'alta percentuale del milione e duecento

morti e dei 50 milioni di invalidi l'anno riguarda persone che non guidavano e non posseggono un'automobile, ma di pedoni coinvolti in incidenti causati da guidatori in stato di ebbrezza.

Il programma di prevenzione si basa sulla redazione di interventi di educazione alla guida realizzati con contributi pratici, con un percorso simile all'italiano "Guida sicura". Interessante è il rapporto strutturato con le compagnie di assicurazione che possono mettere a disposizione nel pacchetto assicurativo l'utilizzo di un taxi e un carroattrezzi che riportano a casa il conducente e la sua automobile qualora questi, dopo l'assunzione di alcol o droghe, non sia in grado di guidare personalmente.

Chiude la serie degli interventi **Moruf Adelekan ("Reducing alcohol related harms in settings of noncommercial alcohol production: A case study of the Kakuma Refugee Camp and the surrounding community")**, che relaziona sul **Programma sperimentale di intervento nel campo profughi di Kakama in Kenya**. Il campo profughi è una delle zone di maggior produzione di sostanze alcoliche illegali prodotte dalla fermentazione e sofisticazione di numerose sostanze in situazioni igienico-sanitarie inesistenti. Le bevande vendute sono pericolosissime per la salute e sono causa della violenza sociale e familiare del campo. Il programma prevede la realizzazione di percorsi alternativi di lavoro per i produttori; in parallelo, vengono effettuati per tutti (ma con chiaro target per i produttori illegali) percorsi di formazione sulla corretta produzione di alcolici.

Sessione "Party Drugs"

La prima relatrice di questa sessione, a cui partecipano giovani e giovanissimi consumatori e operatori, è **Tina Van Havere (Belgio) – "Trends in nightlife" - che espone l'ultima ricerca del governo belga in merito alla scena rave e party**. I dati che saltano particolarmente all'occhio sono riferibili alla tipologia di sostanze consumate, con l'alcol al primo posto, seguito a breve distanza da energy drink e cannabis.

Allarmante il ritorno dello speed e della ketamina divenuta ormai, a tutti gli effetti, droga ricreazionale. Il consumo di alcol ed energy drink ha praticamente soppiantato quello di ecstasy e di eroina, mentre la cocaina rimane stabile con lievi aumenti in party particolari. Il consumo è praticato a scopo ludico-ricreazionale, mentre il consumo problematico è ridotto a un piccolo numero di partecipanti.

Il programma di rdd applicato prevede distribuzione di materiale, realizzazione di chill out e di zone di decompressione. Particolarmente difficile rimane individuare possibili interventi su consumatori di ketamina: a tutt'oggi non si è individuato alcun intervento praticabile o che abbia dato risultati interessanti.

La relazione di **Eva Baumgartner (Austria) – "Characteristic types of consumption among recreational drug users in the Austrian party scene" - riguarda lo scenario dei party nel suo paese e, in particolare, le caratteristiche dei consumatori**. La ricerca austriaca ha individuato la definizione di 4 gruppi di consumatori su cui intervenire con programmi di rdd:

- non consumatori che partecipano ai party per piacere e che, spesso, sono i guidatori delegati per il rientro a casa di tutti. Il gruppo è composto principalmente da donne con età compresa tra i 17 ed i 22 anni e da ragazzi di età media di 19 anni, nella maggior parte dei casi studenti o lavoratori;
- consumatori di cannabis. Consumano solamente cannabis e, in misura marginale, alcolici vari; sono principalmente uomini e donne tra i 19 ed i 26 anni, un gruppo molto eterogeneo e trasversale. L'intervento praticato ha come scopo la non poliassunzione (cannabis+alcol);
- consumatori di droghe con interesse ludico. Consumano droghe di ogni tipo ma con la volontà di sperimentare e provare nuovi effetti legati al party cui si partecipa; hanno uno scarsissimo livello di informazione sui rischi collegati all'assunzione e possono essere coinvolti in problematiche droga correlate (bad trip, overdose, emozioni sconvolgenti, ecc.). L'intervento è quello informativo, volto alla conoscenza dei rischi, delle sostanze che si assumono e agli effetti legati al loro consumo. Il gruppo è composto per la maggior parte di uomini con percentuale di donne del 20/25%, la maggior parte gestisce la propria vita regolarmente nella settimana per lasciarsi andare nel week end. È il gruppo che crea maggiori problemi nel party causando risse e atti di violenza in genere;
- consumatori di tutto ciò che circola sul mercato con altissima casistica di poliassunzione. È un gruppo ad alto rischio, quasi unicamente maschile (con una percentuale femminile del 7/10%), spesso molto informato sulla tipologia di sostanze e sugli effetti che le sostanze possono provocare e riesce a gestire il consumo senza essere d'intralcio per lo svolgimento della festa. I programmi di rdd applicabili devono essere quelli di alto livello come analisi delle sostanze, chill out e similari.

Il dato particolare che emerge dalla ricerca austriaca è che tra i consumatori che frequentano i party il 70% non consuma più alcun tipo di vecchie droghe come eroina, ecstasy ed è in diminuzione l'uso di cocaina soppiantata dalla pasta base.

Di altissimo interesse la relazione di **Janie Sheridan (Nuova Zelanda) – “Regulation not prohibition: New Zealand's regulatory approach to managing the “Legal Party Pill” phenomenon” - che illustra l'ingresso di sostanze nuove sul mercato delle droghe ricreative nei party neozelandesi: le “party pills” composte di BZP, TFMPP e composti similari.**

Le sostanze sono vendute utilizzando nomi commerciali che richiamano comunque l'ecstasy (Super-E; Xtc) ma sono capsule in materiale che si degrada a contatto con i succhi gastrici liberando la sostanza in polvere. Gli effetti sono quelli della droga ricreazionale, quindi abbattimento dei tabù, incremento delle capacità relazionali che portano a un aumento dei rapporti sessuali durante il party stesso sia con il partner che con estranei. Questo comporta un'altissima casistica di rapporti non protetti (54-60%) e una conseguente esposizione al rischio di contagio da Mst.

La reazione governativa alla scoperta del fenomeno è stata di apertura a un ampio dibattito per poter individuare la miglior risposta tra proibizione e regolamentazione.

Al momento, le sostanze sono state censite e gabbellate come sostanze psicotrope e si è in attesa di una legislazione ad hoc. La posizione predominante nel governo neozelandese sembra tendere a una regolamentazione giustificata da due motivi: la possibilità di studiare e monitorare il fenomeno e la possibilità di raccogliere fondi dalla tassazione sopra la vendita di queste pillole per finanziare interventi specifici per il mondo dei party.

Ultimo relatore **Paul Dillon (Australia) – “Methamphetamine and club health in Australia: What's it's impact?” - , che riferisce, sulla scena party australiana, l'introduzione di una nuova forma di metanfetamine, l'ICE.** L'ICE è una forma cristallina di metanfetamine che produce i medesimi effetti di tutte le altre anfetamine ma che ha un grado di purezza di circa il 70%. Fino ad oggi si conoscevano metanfetamine in polvere con un grado di purezza di circa il 9%, e una forma liquida di circa il 20%. L'elevata purezza è causa di psicosi e di atti di estrema aggressività, quindi l'introduzione dell'ICE è un problema con gravi e preoccupanti conseguenze, soprattutto perché non è possibile applicare alcun intervento con i suoi consumatori ad esclusione di quello informativo.

Il fenomeno ICE proviene dall'USA e la risposta dei due governi è nettamente differente: gli Stati Uniti sono intervenuta con la repressione dura nei confronti dei consumatori, l'Australia ha risposto con la ricerca a monte della sostanza, sono state incrementate le forze dell'ordine e addestrati i cani antidroga in modo da evitare che l'ICE entrasse nei party.

Non si riesce ancora ad intervenire con la rdd su questa tipologia di fenomeno ma lo studio, la conoscenza della sostanza e il rapporto avviato con i consumatori aprono porte all'individuazione di nuovi programmi

Nella 2° parallela il programma prevede l'esposizione di risposte innovative ai rischi. La media delle relazioni degli speaker si rivela però non particolarmente innovativa. **Amie Ashcraft (Stati Uniti) – “Multi-risk partnerships among HIV-positive injection drug users” -** porta una ricerca sui casi di infezione da Hiv in coppie composte da una persona td e una non td. È stato così individuato - nel consumo di sostanze per via iniettiva - un rischio particolarmente alto per le coppie latino-americane bianche provenienti dall'area di San Francisco o Miami. **Elvira Ventura – “Usefulness of Respondent Driven Sampling to reach new injecting drug users in the state of Sao Paulo, Brazil” -** relaziona sul coinvolgimento di un gruppo di nuovi assuntori di sostanze per via iniettive in un programma di screening per infezioni quali Hiv, HCV, HBV e similari.

Relazione di assoluto interesse si rivela, invece, quella di **Karl Vuorinen – “How to utilise mobile phones in low threshold customers' health counselling” -**, un economista finlandese che ha inventato un **programma di rdd attraverso gli sms**: si invia un sms gratuito e gratuitamente si riceve un questionario da compilare via sms e un gioco da scaricare inerente la prevenzione da sostanze, il database dei numeri di cellulare viene usato per inviare periodicamente notizie riguardanti le sostanze, iniziative specifiche di prevenzione o rdd attuate in feste o party, comunicare eventuali sostanze pericolose presenti sul mercato (stili allerta rapido italiano), ecc. Il prossimo passaggio sarà l'invio di video clip. Due sono i punti deboli: la necessità di possedere un cellulare, che non ovunque è così diffuso, l'alto costo del servizio che comporta il fondamentale coinvolgimento dei gestori delle linee telefoniche mobili.

Martedì 15 maggio

La plenaria di apertura ha come tema gli sviluppi della rdd .

Per lo scenario dell'Est Europa la relazione di **Iryna Bourushek (responsabile del network Est Europe Harm reduction (EEHR) sul ruolo degli attivisti nello sviluppo della rdd in Ucraina** è un buon lancio per il resto dei lavori. In Ucraina il 60% dei consumatori di droghe risulta Hiv+ e l'accesso ai trattamenti è riservato a un numero ridotto di utenti. Consumatori e attivisti hanno costruito una rete ampia di soggetti sostenitori - composta da ong, medici e policy makers locali - che ha sostenuto gli attivisti permettendo un'azione di pressing sul Governo centrale. Questa operazione ha portato alla firma del protocollo d'intesa con cui si rende attivo l'accesso al trattamento sostitutivo per tutta l'Ucraina, permettendo inoltre l'apertura di molti centri di trattamento distaccati da Kiev abilitati e attrezzati per lo screening di tutte le patologie correlate Hiv, HBV, HCV, ecc. Verranno inoltre finanziate alcune Uds per la realizzazione di progetti di scambio di siringhe per la zona di Kiev.

Unica nota negativa il mantenimento del rapporto stabile di trattamento per le persone Hiv+ con il centro di psichiatria statale responsabile del trattamento psicologico/psichiatrico dei pazienti, secondo un modello molto medicalizzato.

Prosegue nei lavori **Urban Weber (Global Fund)** che relaziona sulla stabilizzazione dei programmi di rdd nell'Est Europa in cui si stimano circa 9 milioni di consumatori. Urban parte da alcune considerazioni quali la stabilizzazione del concetto di rdd nell'Europa orientale, la presenza di fondi ingenti a sostegno dei programmi di rdd, il riconoscimento della potenzialità futuribile per la rdd, la necessità di non apparire mai in contrasto con il lavoro dei governi locali.

L'analisi dei fondi messi a disposizione è impressionante. Sono stati spesi 730 milioni di dollari in 5 anni e 255 nel 2006 per interventi su Hiv e per l'accesso ai trattamenti. Sono stati finanziati 500 progetti - di cui il 60% a ONG - con prevalenza assoluta per progetti di rdd e prevenzione all'Hiv/Aids in forte correlazione con la TBC. I progetti con il più alto costo sono però i 4 progetti per accesso ai trattamenti che il Global Fund finanzia.

Alcuni Governi stanno iniziando a finanziare in proprio progetti di rdd per coprire il termine del finanziamento del Global Fund (Bosnia, Serbia, Ucraina), ma viene anche sottolineata, comunque, la necessità di incrementare il livello di verifica sull'efficacia dei progetti finanziati.

Le linee guida per il futuro vedono il Global Fund impegnato a far siglare un protocollo di intesa a tutti gli stakeholders (ONU, UNAIDS; UN, UE, ecc.) affinché si impegnino concretamente entro il 2010 per l'accesso dei consumatori alle terapie sostitutive e al trattamento; l'indicazione prioritaria è di muoversi verso una metodologia di prevenzione e di riduzione del danno con programmi a costi minori e con efficacia maggiore.

Molto interessante anche la relazione di **Fabio Mesquito sull'implementazione dei programmi di accesso al trattamento sostitutivo e di rdd per i consumatori di droga in Brasile ed Indonesia**. Partendo da un'analisi dei dati dei due Paesi (Brasile 0.41 prevalenza di Hiv in drug user tra i 15 ed i 49 anni, 18.4/1000 abitanti in Aids; Indonesia con una casistica di Hiv+ tra i consumatori di droga del 56%) viene spiegato il progetto operativo del Brasile: distribuzione di 800 milioni di condom nel 2006 (previsti 1 bilione per il 2007), finanziamento governativo per programmi di prevenzione a largo raggio sia rivolti ai giovani che ai gruppi a rischio (170.000 consumatori hiv+ sono attualmente in terapia Haart con aderenza del 69%).

È importante l'azione di screening che viene costantemente effettuata; infatti, avendo i programmi avviati già portato a un sensibile calo dei contagi, il governo ha deciso di ampliarli e sono in strutturazione piani d'azione specifici per le carceri e di contrasto alla trasmissione verticale dell'Hiv.

In Indonesia, invece, il primo programma di rdd è partito nel 1998 sempre rivolto ai consumatori, ma dopo pochi mesi è stato interrotto. Dal 2002, a seguito di dati allarmanti, sono stati riattivati alcuni servizi come lo scambio siringhe e l'accesso ai trattamenti sostitutivi. Nel solo 2006 sono state scambiate circa 500.000 siringhe nella sola zona della capitale ed è in fase di sperimentazione un piano simile anche all'interno del carcere di Bali dove si sviluppa in parallelo un programma di formazione per i detenuti di sesso sicuro con distribuzione di condom. Il governo indonesiano ha, infine, strutturato ma non ancora avviato una safe

injection room. Il tutto in due Stati dove la legislazione sulle droghe risulta essere estremamente proibizionistica ma dove le evidenze scientifiche hanno avuto la meglio sul pregiudizio e sulla politica.

Sessione "Prevenzione, trattamento e cura"

I dati portati da **Martin Donghoe (WHO), in apertura della sua relazione dal titolo il protocollo del WHO per il trattamento dei consumatori Hiv+**, sono impressionanti. La percentuale di contagio da Hiv tra i consumatori di droghe per alcuni Stati è attendibile (Cina 50%, Vietnam 40%, Indonesia 56%, Nepal 80%, Brasile 34%, Argentina 44%, Bielorussia 71%, Ucraina 56%, Kazakistan 56%) ma per altri ha dell'incredibile e sono, spesso, celati (Portogallo 41%, Russia 30%, USA 42% rispetto al 15% dell'Iran ad esempio.)

Si sottolinea come ancora molti sono i Paesi che non danno accesso al trattamento sostitutivo per le persone td e ancora meno danno accesso alla terapia antiretrovirale; altri Paesi scelgono una politica diversa e comunicano di dare pieno accesso ai trattamenti tranne omettere che l'accesso per i consumatori è dato a disponibilità di fondi, cioè sono gli ultimi a ricevere le terapie se i fondi del mese lo permettono, altrimenti per un mese, due o tre i farmaci non vengono somministrati dando origine a resistenze.

Le giustificazioni sono sempre le stesse: bassa aderenza alla terapia, scarsità di fondi, impossibilità di accertarsi che la terapia venga realmente presa e non venduta sul mercato illegale per acquistare droga, ecc. Tuttavia gli ultimi dati del WHO dimostrano invece come non vi sia differenza significativa di aderenza alla terapia tra soggetti td attivi e soggetti non td.

Gli unici Paesi che stanno progredendo in merito all'accesso alla terapia antiretrovirale per td attivi sono Ucraina, Moldavia e Bielorussia.

La relazione di Mauro Guarinieri (Open society) è centrata sulla coinfezione Hiv/HCV. Porta dati interessanti sull'incremento esponenziale dei casi di HCV (Hepatitis C Virus) tra i consumatori di droghe e sull'elevato rischio di aumento di epatocarcinoma (HCC) e di cirrosi epatica con conseguente morte.

Cita dati dell'UNAIDS sui pericoli per le persone coinfezzate (HIV/HCV) che non si sottopongono al trattamento con ribovirina ed interferone, sottolinea la non volontà del servizio pubblico a spendere ingenti somme per il trattamento rivolto a persone con HCC e cirrosi.

Fornisce, infine, le linee guida per il trattamento individuando tre capisaldi nello screening delle persone Hiv+ per l'HCV (obbligatorio nel caso in cui siano consumatori): per le persone HBV e HAV negative somministrazione immediata del vaccino e trattamento con ribovirina e interferone per le persone HCV positive.

Chiude la sessione **Daniel Wolfe (Medici del mondo)** che rende noto su cosa si intenda, in alcuni Stati, per trattamento sostitutivo per persone tossicodipendenti e fornisce una serie di immagini raccapriccianti dove si esemplifica il trattamento sostitutivo per

- Cina: riabilitazione forzata e introduzione di un chip che interagisce con le funzioni cerebrali, i centri del piacere, per inibire l'uso della droga. Fortunatamente il chip è "solamente" una sperimentazione
- Vietnam: trattamento forzato in veri e propri centri di detenzione dove la base del trattamento è la privazione e il lavoro psicologico di negazione del sé
- Russia: centri di detenzione forzata con costi a carico delle persone trattate e nessun farmaco sostitutivo (si riscontrano di conseguenza un numero elevato di suicidi e psicosi)
- India: trattamento forzato in campi di detenzione basati sull'umiliazione personale e sulla restrizione della libertà di movimento (i pazienti vengono incatenati o chiusi in gabbie sotto il sole); il motto dei campi di "riabilitazione" è cambierai quando sarai incatenato.

Nell'Est Europa e in Asia solamente l'1% dei tossicodipendenti possono accedere a farmaci sostitutivi per il trattamento della dipendenza.

Si sottolinea la disumanità di questi "trattamenti" che, tra l'altro, permettono ai Paesi promotori di fregiarsi del titolo di "Stato con programmi di trattamento per consumatori di sostanze". Viene indicato come fondamentale che gli Enti preposti individuino delle linee guida e degli standard obbligatori per i trattamenti sostitutivo; così come nella relazione precedente è stato indicato come prioritario un protocollo ufficiale per obbligare i Paesi a fornire ai consumatori la possibilità di accedere ai trattamenti sostitutivi entro tempi brevi.

Sessione "La legge e la rdd"

Una sessione estremamente interessante in cui si affronta **il ruolo delle Forze dell'ordine nella rdd** e che ha come relatori **Jack Cole (coordinatore del Law Enforcement Against Proibizionism)** che sfoggia una maglia con la scritta "legalizzate la droga, lo dice la polizia"; **Greg Denham (coordinatore della**

Polizia statale australiana) e Laura Nevendorff (responsabile del Programma di lavoro con le Forze dell'ordine indonesiane).

La **relazione di Cole** è un attacco frontale alla politica statunitense con una serie di dati a sostegno del fallimento della "guerra alla droga" (war on drugs) perpetrata dagli USA.

Alcuni dati: prima dell'inizio della guerra prima del 1914 l'eroina era pubblicizzata come farmaco per la tosse e le occlusioni bronchiali su tutti i giornali; prima del 1970 (data di inizio della war on drugs) morivano più persone per cadute accidentali che per overdose e le persone tossicodipendenti erano l'1,3%; nel 1965 i consumatori erano 4 milioni oggi sono 110 milioni; nel 1965 si spendeva 100 milioni di dollari l'anno per programmi relativi alle droghe oggi se ne spendono 69 bilioni; nel 2005 ci sono stati 1,9 milioni di arresti per reati legati alla droga, 775.000 per marijuana di questi l'88% per possesso di modiche quantità.

Il programma di Jack Cole ha coinvolto ad oggi Forze dell'ordine di 71 Stati; i poliziotti stessi sono impegnati in campagne di promozione della rdd e argomenti connessi rivolte ai colleghi.

Segue l'**intervento di Greg Denham** che relaziona sul programma di formazione e pianificazione di un intervento di polizia realizzato in collaborazione con le Forze dell'ordine di Vietnam, Laos e della polizia cinese posta al confine.

Il programma ha previsto training specifici basati sulla formazione e sulla presenza all'interno di centri a bassa soglia (15 drop in totale) in cui le forze dell'ordine sono particolarmente attive. Il piano formativo è partito sulla base del punto di vista dei poliziotti emerso come retropensiero, ossia il considerare i progetti di rdd uno spreco di soldi e una resa alla lotta contro la droga, e il valutare i centri a bassa soglia attrattivi per i consumatori ma anche per gli spacciatori, con il rischio di elevare il livello di tensione sociale nel quartiere che li ospita.

Dopo la formazione con la collaborazione di gruppi di advocacy dei consumatori, il pensiero delle forze dell'ordine coinvolte è modificato, la maggior parte ritiene che la rdd sia uno strumento utile e che sia da perseguire per coinvolgere gli utenti in programmi di riabilitazione, non la considera più un ostacolo al lavoro della Polizia e, soprattutto, valuta che sia la via da seguire per contrastare l'infezione da Hiv nelle persone td.

È bene sottolineare, comunque, che alcuni poliziotti continuano il boicottaggio e il contrasto ai servizi di rdd attivi sul territorio; altri, comunque, si sono impegnati in programmi di peer education per i colleghi non coinvolti nel programma, fatto che ha consigliato la realizzazione di un secondo piano formativo che ha coinvolto il triplo delle persone del primo (34 la prima volta, 151 la seconda).

Chiude la sessione Laura Nevendorff che espone il piano di lavoro con la polizia indonesiana impegnata massicciamente nell'arresto degli utenti dei drop in e dei peer operator che operavano a Jakarta. Data la situazione, la ong per cui Laura lavora ha aperto un tavolo di confronto con le Forze dell'ordine che, al termine di un lungo e faticoso percorso, hanno accettato di partecipare a un corso di formazione basato sulla tutela della salute dei poliziotti impegnati in operazioni che coinvolgevano persone td. Sono stati formati in due round 2.100 poliziotti dei 22.000 presenti a Jakarta.

Al termine del percorso la Polizia è entrata a far parte stabile del tavolo di programmazione del piano d'azione indonesiano per il contrasto all'Hiv ed al consumo di droga, ha collaborato alla realizzazione di 25 nuovi centri a bassa soglia e gli agenti diffondono materiale informativo e di prevenzione e sono attivamente impegnati nelle campagne di prevenzione. Il piano formativo è divenuto parte integrante del programma di addestramento per le reclute.

Sessione "Sostenere la rdd"

Relatori Catarina Illuta (CEEHRN - Network del Centro Asia e dell'Est Europa sopra la rdd), Moruf Admed (Care Bangladesh), Hlaing Min Oo (Myanmar Harm Reduction Network) e Dagmar Heidrich (Trimbos Institute Olanda).

Le prime tre relazioni sono basate sulle difficoltà di realizzare e sostenere interventi di rdd senza ingenti investimenti stranieri in Paesi quali Est Europa, Bangladesh o Myanmar dove i dati riportati alla conferenza rivelano la necessità di interventi massicci.

Basti pensare al milione e settecentomila consumatori di droghe Hiv+ delle **Repubbliche che appartenevano all'Unione Sovietica** (esclusa la Russia), dove meno del 10% dei drug users vengono

intercettati dai programmi di rdd e dove Paesi interi non hanno programmi di trattamento (Tagikistan, Kazakistan, Armenia).

I dati del **Bangladesh** rivelano che il 58% dei consumatori dipendenti dall'eroina fumata e che i drop in aperti grazie ai finanziamenti di Open society e del Global Fund sono stati chiusi appena terminato il progetto per mancanza di volontà politica e di investimenti governativi, che tra l'altro hanno rifiutato ulteriori fondi stranieri.

Così la situazione di **Myanmar**, dove non esiste alcunché per una popolazione con un reddito pro capite tra i più bassi del mondo e dove, pertanto, vi è la mancanza totale di fondi per intervenire sui più deboli.

Particolarmente interessante è l'intervento della **Heidrich che ha presentato la nuova relazione sulla rdd dell'UE**. Sulla base della Raccomandazione del giugno 2003, la rdd è stata scelta come cardine degli interventi per il contrasto dell'Hiv e del consumo di droghe, ed è stata individuata come obiettivo della salute pubblica e come servizio degli Stati membri. Si sottolinea come basilare sia il lavoro di network e l'accesso libero ai trattamenti e si consiglia vivamente di ampliare lo screening, così come la prevenzione e l'informazione per i gruppi a rischio ma anche per la popolazione in generale. Sono considerati fondamentali alcuni programmi come lo scambio di siringhe, la distribuzione di condom, i servizi per le emergenze.

La relazione individua come critico il lavoro di rdd in prigione e invita a una sua implementazione; indica l'impossibilità di pensare ad una integrazione tra rdd e malattia mentale per la netta differenza che intercorre tra le due materie; invita tutti gli Stati membri a stabilizzare il lavoro di rdd e ad implementarlo in base alle evidenze scientifiche oramai accettate da tutti, a sviluppare protocolli d'intesa e criteri di valutazione e di qualità per ottimizzare le risorse.

Una posizione importante per la rdd in Europa che dovrà essere seguita dalla messa a disposizione delle risorse necessarie.

Al termine del terzo giorno di conferenza alcune considerazioni: la sensazione è che sia un momento importante per la rdd, soprattutto per quei Paesi che si stanno impegnando su questa metodologia per la prima volta. Tutto ciò non deve essere dato per scontato per gli Stati che già da anni la praticano, ma deve essere stimolo per far sì che l'opera di pressing politico e di produzione di evidenze scientifiche permettano uno sviluppo maggiore dei programmi per i Paesi in difficoltà.

Penso inoltre che la presenza alla conferenza sia molto utile a tutti i partecipanti oltre che per le nuove informazioni cui possiamo accedere anche per il lavoro di rete che si sta costruendo.

L'unica perplessità è che sono poche le ammissioni di insuccesso o di difficoltà, sembra che tutto vada bene ma oggettivamente dubito che sia proprio così e credo che sia fondamentale capire come si passa dai "sogni" alla realtà: alcune azioni saranno possibili, altre irrealizzabili. Sarà però sufficiente investire energie e risorse sul possibile.

Mercoledì 16 maggio

La plenaria di apertura dà la parola agli attivisti.

Relatori sono Gregg Gosnolves (attivista sieropositivo omosessuale sudafricano), Rachel Wotton (prostituta australiana della Scarlett Alliance), Milena Nayedenova (drug users bulgara). Le relazioni si incentrano sulla storia della rdd legata alle varie comunità rappresentate.

Gregg Gosnolves fa una cronistoria degli interventi di rdd per e della comunità gay rianalizzando i punti critici e i punti di forza e puntando l'attenzione sulla recrudescenza dei contagi da Hiv nella comunità gay. Riconduce la causa a una diminuzione di informazione e di prevenzione dirette alla comunità e, soprattutto, al cambio generazionale: oggi i giovani non hanno vissuto il dramma dell'Aids e hanno perso il focus raggiunto dai "vecchi". Sottolinea la necessità di fare e non solo di parlare, in modo da impedire che i risultati raggiunti in anni di lotta non vengano persi.

Molto interessante la relazione di **Rachel Wotton** che espone il processo di rdd che ha coinvolto la comunità di sex workers australiane. Il lungo percorso è partito con la distribuzione di condom ed è arrivato

alla realizzazione di percorsi di peer education e la creazione della Scarlett Alliance, un'associazione che comprende la maggior parte delle prostitute australiane e che è divenuto interlocutore privilegiato del governo per la realizzazione di iniziative dirette alle prostitute. Hanno inventato uno slogan estremamente accattivante "niente per noi, senza di noi"!

La relazione di **Milena Nayedenova** riporta tutti con i piedi per terra ricordando che i progressi fatti in tema di rdd nei "Paesi sviluppati" sono visti come lontanissimi in tanti Paesi dove non esistono i diritti elementari per i consumatori, come l'accesso ai trattamenti sostitutivi, il diritto alle cure o il riconoscimento di semplici diritti di cittadinanza. Milena riconosce le potenzialità della rdd anche per i Paesi in via di sviluppo e chiede l'aiuto di tutti perché ci sia una sorveglianza e una pressione politica costante sui governi recalcitranti per obbligarli a mettersi al passo con i tempi. Viene lanciata, tra l'altro, la campagna di raccolta firme per chiedere a UE, ONU, UNAIDS, WHO, ecc. di rendersi interlocutori diretti dei governi per monitorare gli sviluppi della messa a disposizione dei trattamenti sostitutivi e per il riconoscimento universale del metadone come farmaco salvavita.

Sessione "I giovani consumano, vivono e lavorano: il coinvolgimento dei giovani nella rdd".

La sessione, estremamente interessante e ricca di spunti di riflessione, è condotta da 4 giovani relatori con età compresa tra i 22 e i 24 anni Catlin Padgett (Canada), Vikram Laishram (India), Veronica Broasca (Romania) e Gioia Baserque (USA).

Catlin Padgett è stata la mattatrice del dibattito con una lunga relazione in cui ha definito, a suo giudizio, i termini per il coinvolgimento dei giovani nelle azioni e nei programmi di rdd. Porta a testimonianza una ricerca effettuata in Canada in cui si analizzava la conoscenza che i giovani avevano della rdd, i loro pareri e il loro gradimento.

I dati sono curiosi. La maggior parte dei giovani intervistati in Drop in, rave, party, centri di aggregazione e luoghi di incontro informale hanno dichiarato di ritenere la rdd la miglior strategia possibile per lavorare con i loro coetanei, motivando questa opinione per l'approccio antiproibizionista al passo con i tempi e per la modalità di approccio.

Il gradimento è quindi alto come anche l'interesse (Great job! Il commento maggiormente riportato) ma quando si analizzano meglio i dati si scopre che l'86% dei giovani ha avuto contatti primari con i programmi di rdd in strada (educativa di strada, peer education, informazione, ecc.). Di questi, solamente il 31% ha mantenuto contatti con l'organizzazione che li ha contattati e quando è stato chiesto il perché della perdita dei contatti (fosse anche solo per prendere condom) la risposta è stata "nessuno mi ha invitato a farlo", oppure "nessuno me lo ha chiesto", 49% dei casi. Alla domanda "se ti avessero chiesto di aiutare, avresti accettato?" il 60% ha detto che avrebbe provato senza garantire continuità.

Ne consegue che il messaggio, la metodologia e gli strumenti che si possono utilizzare con la rdd sono il grimaldello per entrare in contatto con i giovani, ma a questo primo approccio è necessario far seguire un coinvolgimento diretto e un lavoro di costruzione insieme di qualcosa. I ragazzi non hanno bisogno di tante parole ma di tanta azione. Non più lavoro per loro ma lavoro con loro, la peer education o centri a bassa soglia per giovani (consumatori o meno) devono essere la base di ripartenza della nuova era della rdd per formare forze nuove che collaborino al suo sviluppo e diffusione.

Altrettanto interessante ma più specifica la relazione di **Veronica Broasca** che espone il progetto di rdd con drug users e prostitute/i a Bucarest. I dati di partenza sono inquietanti: il 62% dei consumatori e delle prostitute di Bucarest sono under 24, il 33% delle prostitute utilizza eroina iniettata e il 40% dei consumatori scambia regolarmente siringhe con altri. Il 54% delle/dei sex workers ha iniziato a prostituirsi quando aveva meno di 16 anni, con alcune punte di inizio intorno ai 10 anni.

Partendo da una base di lavoro del genere ARAS, l'ong romena che implementa il programma, ha deciso di dedicare un drop in ai giovani formando un team di lavoro di under 24 formato da una psicologa, un counsellor, un operatore sociale e un educatore. All'interno del centro si somministra il test rapido per Hiv, Hcv, Hbv, si scambiano siringhe, si distribuiscono condom e si funge da mediatori sociali per gli utenti. Il numero dei giovani frequentatori del genere è in forte aumento, tanto che si pensa di incrementare lo staff di lavoro.

Di altro stampo la relazione di **Vikram Laishram** che espone la sua esperienza di operatore di comunità aperta a Manpur (Est India), zona di confine con il Myanmar e di estremo conflitto sociale, in cui l'80% dei consumatori è under 26 e dove le Forze dell'ordine non si limitano ad arrestare con continuità i consumatori ma spesso sparano contro chi scappa, e non sono rari i morti.

In questa realtà la scelta di intervento di rdd applicata è stata quello della comunità aperta dove i giovani possono andare a "prendere un break", nella comunità è obbligatoria l'astinenza da sostanze ed si può entrare e uscire abbastanza liberamente. All'interno della comunità vengono proposti e seguiti numerosi corsi di promozione della salute, di educazione al buco pulito tenuti da consumatori peer. L'intera équipe di lavoro è fatta da operatori under 25.

Gioia Baserque relaziona, invece, sulla nascita del network youth4hr (giovani per la rdd) composta da consumatori, operatori e studenti di molti Paesi del mondo che si pongono come interlocutori privilegiati per lo sviluppo di programmi di rdd che coinvolgano i giovani. Il network è nato durante i lavori della Conferenza ed è aperto a tutti coloro che vogliono contribuire; unico limite è essere giovani max 26/27 anni.

Sessione "Rdd dove siamo arrivati dove vogliamo andare"

La 2° parallela ha un titolo accattivante ma qui si ferma l'interesse. La mia aspettativa era di un'analisi sulla storia della rdd (22 anni) e sugli sviluppi futuri, invece **i relatori Gary Sattler (UNODC), Monica Beg (Indonesia) e Svetlana Plamadeala (Molodva) relazionano su alcuni programmi di rdd portati avanti nei loro Paesi** – a mio avviso di scarso interesse - con coda polemica per alcune affermazioni di Monica sulle linee guida prodotte dal WHO per l'accesso ai trattamenti in Indonesia. In queste infatti si prevede come obbligatorio l'aderenza ai programmi, in questo caso drop in, giornaliera dei consumatori; ciò ha innescato polemiche e accuse al WHO, a cui rispondono, ma con evidente imbarazzo, i delegati presenti in sala.

Sessione "Le sale del consumo"

Come sappiamo da tempo questa potrebbe essere la nuova frontiera della rdd per l'Italia e avere sempre più punti di vista ed esperienze mondiali possono permetterci di avere strumenti maggiori per far passare anche da noi il concetto di quanto potrebbero essere importanti le safe room in termini di salute pubblica.

Relatori del dibattito sono stati Ingrid Van Beek direttore del programma di safe room a Sydney, Will Small coordinatore tecnico del programma di Vancouver e Xavier Major direttore della generalità catalana e del più giovane programma di safe room ad oggi promosso realizzato a Barcellona.

Il primo intervento ha illustrato il programma canadese, il **progetto "Insite"**, che ha raggiunto il suo 5° anno di vita e che è nato con l'obiettivo di ridurre il numero di overdose a Vancouver in un periodo in cui morivano o venivano soccorse circa 4 persone la settimana. La struttura è stata predisposta nel centro città, vicino alla zona di spaccio, ha a disposizione postazioni per 25 consumatori e uno staff composto da 1 medico, 1 infermiere, 3 operatori di cui un educatore e un peer operator per turno.

Le foto mostrano evidenziano un posto carino, molo illuminato, con postazioni singole in zona protetta, ogni consumatore ha a disposizione delle pareti laterali che lo proteggono dalla vista dei vicini e che rendono l'ambiente più "privato". Ogni postazione è dotata di specchio, siringhe, acqua, acido citrico e tutto ciò che può servire per l'iniezione pulita, secchiello per la raccolta del materiale usato, materiale informativo per il buco pulito e per evitare fuorivena, ulcere, ecc.

In un anno di lavoro della safe room ci sono stati 1,33 casi di overdose ogni 1.000 iniezioni per un totale di 366 overdose. Nel 39% dei casi è stato necessario l'intervento dell'ambulanza e nel 28% di questi si proceduto al ricovero, ma nei rimanenti casi il personale della safe room è intervenuto risolvendo autonomamente il problema. Non c'è stato alcun morto.

La sottolineatura degli interventi di soccorso assumono un particolare rilievo in quanto il costo medio per un intervento dell'ambulanza è di circa 16 dollari; quindi il risparmio annuale per i cittadini è notevole ed è stato calcolato che in tre anni verrà pagato il costo degli arredamenti e della ristrutturazione, e che dal 4° anno sarà un risparmio notevole in tasse per la cittadinanza.

Ingrid Van Beek espone il programma australiano, più giovane di quello canadese (2005) e basato al 50% sul livello sanitario e al 50% su quello sociale. Inizialmente erano previste 60 ore di apertura settimanale che sono state incrementate immediatamente a 80 dopo 6 mesi di attività. Lo staff è composto da 2 medici, 4 infermieri, 4 counsellor, 3 peer operatori e un coordinatore.

La stanza è divenuta rapidamente il nodo centrale della rete dei servizi pubblici di Sydney da cui partono l'80% degli invii al sistema sanitario e sociale. La struttura ha 8 punti di assunzione, ognuno attrezzato per due persone con il medesimo materiale di Vancouver, ha una stanza di rianimazione, una stanza per il counselling e una per la socializzazione. La struttura ha una media di 230 contatti al giorno per una media di permanenza nella struttura di 35 minuti.

Dall'apertura alla fine del 2006 sono stati circa 10.000 i contatti con circa il 50% di giovani consumatori con età compresa tra i 16 ed i 24 anni. Dal momento dell'apertura del centro il 44% dei soggetti contattati dalla safe room sono entrati nel circuito del trattamento sostitutivo aumentando il numero dei soggetti in trattamento sostitutivo del 60%.

Il centro ha realizzato anche un'ampia ricerca epr capire lo sviluppo dei trend dei consumi e ad oggi risulta che a Sydney nella safe room ci sono circa 3.000 iniezioni di eroina/mese, circa 500 di cocaina e casi residuali di anfetamina e altri oppiacei.

Nella safe room sono state effettuate 391.027 iniezioni con 2107 overdose. Anche in questo caso nessun morto e non è mai stata chiamata l'ambulanza né è stato necessario alcun ricovero, con i soldi risparmiati nel primo anno è stato finanziato il centro per quattro anni.

Inoltre la safe room è servita anche come strumento efficace nell'allerta rapido al momento in cui è stata introdotta sul mercato una partita di brown eroin, molto pericolosa per i consumatori per l'elevato grado di purezza, e di Temazepan. Gli operatori, informati, hanno potuto allertare a loro volta i consumatori consigliandoli di usare quelle sostanze solo nella safe room.

I dati nella zona di Sydney legati alla criminalità dicono che dall'apertura della safe room sono diminuiti del 35% i reati legati alla droga (piccolo spaccio, detenzione personale, ecc), nessun incremento della microcriminalità e diminuzione dell'84% degli interventi dell'ambulanza per casi di malori legati all'assunzione di sostanze.

Una campagna telefonica condotta dal centro ha dimostrato che gli abitanti del quartiere si dichiarano molto soddisfatti del servizio che la safe room svolge, di non sentirsi in alcun modo in pericolo per la presenza della struttura e di aspirare a un incremento ulteriore dell'orario di apertura. La struttura gode del sostegno di tutta la politica cittadina e nazionale senza distinzione di colore politico.

Xavier Major illustra il nuovissimo circuito di safe room di Barcellona realizzato in quattro diverse strutture. Pur non potendo ancora portare dati esaustivi per la giovanissima età delle sale, aperte da circa 6 mesi, gli operatori hanno stimato una media di 750 contatti mensili, c'è stata una buona accoglienza da parte della cittadinanza e, anche in questo caso, l'adesione di tutte le parti politiche.

Giovedì 17 maggio - ultimo giorno

Siamo all'ultimo giorno di una conferenza che non "salverà il mondo" grazie alle sue novità o soluzioni innovative al "problema" droga e allo strumento rdd, ma che sicuramente è stata fervida di spunti interessanti e di momenti di discussione estremamente utili per il panorama italiano.

La sessione di chiusura che decido di seguire è quella relativa alla **rdd e all'approccio universale ("Harm Reduction in the Universal Access Process")**, momento più "politico" condotto da Unaid e Unodc rispetto alla sessione parallela dal titolo "Regulatory Frameworks: Alcohol, Tobacco & Illicit Drugs".

La sessione però non concede grossi spunti di riflessione, si fa un'analisi generale della rdd, i target e i focus point da tenere come prioritari (sempre i soliti consumatori, sex workers, giovani), gli strumenti da utilizzare (anche qui nessuna news se non quella delle nuove tecnologie, cellulari, implementare l'uso di internet e del web, ecc.) portate da **Anindya Chatterjee (UN General assembly member)** che ribadisce l'impegno di avere entro il 2010 l'accesso mondiale ai trattamenti sostitutivi.

Zunyou Wu (del network asia per la rdd) richiama le priorità per la zona asiatica in cui il dramma Hiv è ancora un flagello per i consumatori e dove è necessario implementare tutti i trattamenti possibili, dallo scambio siringhe al trattamento metadonico.

Umesh Sharma (consumatrice indiana) che ricorda l'importanza di avere attivisti e gruppi di advocacy dei consumatori come referenti delle politiche di rdd; e qui critica l'Italia, uno dei pochi Paesi europei a non avere gruppi di advocacy dei consumatori costituiti formalmente, a parte quelli Hiv+ ma costituiti in quanto persone sieropositive prima e consumatori poi.

Plenaria conclusiva

Per la sessione finale intervengono **Gerry Stimmons (IHRC), Lady Jocelyn Keith (Fondatrice di IHRA), Fausto Figuera (membro del network In defense of life - harm reduction program) e Jacek Moskalevic (responsabile del Film Festival).**

Solo alcuni numeri per chiudere il resoconto: 1.200 delegati partecipanti in rappresentanza di 82 nazioni, 300 presentazioni, 300 poster, una varietà impressionante di sessioni parallele, 8 plenarie. Un'organizzazione ottimamente funzionante malgrado i numeri e la mole di lavoro.

Appuntamento per tutti per la 19^a edizione della Conferenza internazionale sulla rdd dall'11 al 15 Maggio 2008 a Barcellona.